प्रमाणिकरण#:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BCCHP#:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent

स्तन, योनी र गुद्वार स्वास्थ्य कार्यक्रममा सहमति

|  |
| --- |
| **कार्यक्रमको विवरण** |

**स्तन, योनी र गुद्वार स्वास्थ्य कार्यक्रम** (BCCHP)स्वास्थ्य प्रदायकहरू, वाशिंगटन राज्य स्वास्थ्य विभाग (DOH), र रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम केन्द्रहरू (CDC) बीच स्तन र योनी क्यान्सरको स्क्रीनिंगलाई सहयोग गर्ने संयुक्त प्रयास हो । स्क्रीनिंगको उद्देश्य क्यान्सरलाई यसको प्रारम्भिक चरणमा पत्ता लगाउनु हो ताकि यसको रोकथाम गर्न वा उपचार गर्न सकियोस् । स्तन क्यान्सरको लागि स्क्रीनिंगमा स्तनको जाँच र मेमोग्राम भनिने स्तनको एक्स-रे समावेश छ । योनी क्यान्सरको स्क्रिनिंगको लागि Pap र HPV जाँच भनिने गुदद्वारको जाँच र योनीबाट (गर्भाशय / गर्भको सुरु) बाट कोषहरूको नमूना लिइन्छ ।

|  |
| --- |
| जानकारी जारी गर्ने सहमति |

म मेरो कुनै वा सबै स्वास्थ्य सेवा प्रदायकहरू, क्लिनिकहरू, अस्पतालहरू, स्वास्थ्य बीमा योजनाहरू, र BCCHP मध्ये एक आपसमा मेरो स्वास्थ्य सेवा, योनी जाँच, स्तन जाँच, म्यामोग्राम र मैले BCCHP मार्फत प्राप्त गरेको कुनै पनि सम्बन्धित स्वास्थ्य सेवाको बारेमा जानकारी प्रदान गर्न सहमति दिन्छु । मैले यो फारममा हस्ताक्षर गरेको मितिले 12 महिना पछि यो सहमति रद्द हुनेछ भनेर मैले बुझेको छु । सेवाहरू जारी राख्नको लागि मैले 12 महिना पछि पुन: नामांकन गर्नुपर्नेछ ।

**BCCHP लाई जारी गरिएको कुनै पनि जानकारी गोप्य रहनेछ ।** जानकारीहरू मलाई, मेरो BCCHP सेवाहरूमा संलग्न कर्मचारीहरू, स्वास्थ्य सेवा प्राधिकरण (यदि लागू योग्य भएमा, स्तन र योनीको क्यान्सर उपचार कार्यक्रम (BCCTP) को लागि) र स्वास्थ्य विभाग (BCCHP कोषको स्रोत) लाई उपलब्ध हुनेछ । माथि व्याख्या गरिए अनुसार BCCHP को उद्देश्यहरू पूरा गर्नको लागि जानकारीहरू प्रयोग गरिनेछ । BCCHP को परिणामबाट आएका प्रकाशित रिपोर्टहरूले कुनै पनि ग्राहकलाई उनीहरूको नामबाट पहिचान गर्न सक्दैन ।

यो कार्यक्रममा हुनु भनेको स्वैच्छिक हो र म कुनै पनि समयमा BCCHP बाट बाहिर जान सक्छु र सूचना प्रकाशन गर्न मेरो सहमति फिर्ता लिन सक्छु भनेर मैले बुझेको छु । यदि मलाई स्तन र / वा योनीको क्यान्सर भएको पाइएमा, म एप्पल स्वास्थ्य BCCTP मार्फत उपचार प्राप्त गर्न योग्य हुन सक्छु भनेर मैले बुझेको छु । त्यसपछि BCCHP कर्मचारीले मलाई नाम दर्ता गर्न मद्दत गर्नेछ । मैले प्राप्त गरेको केस प्रबन्धन सेवाहरूको अंशको रूपमा, उपचारको लागि मेरो सहमति दिन आवश्यक हुन सक्नेछ र आवश्यकता अनुसार अन्य जानकारी प्रदान गर्नुपर्नेछ भनेर मैले बुझेको छु ।

**यदि मैले मेरो योग्यता निर्धारण गर्न प्रयोग गरिएको कुनै पनि गलत जानकारी दिएमा, म आरोपहरूको लागि जिम्मेवार छु भनेर मैले बुझेको छु ।**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| आफ्नो नामको हस्ताक्षर यहाँ गर्नुहोस् | मिति |  | साक्षी : स्वास्थ्य सुविधा | मिति |
| आफ्नो नाम यहाँ लेख्नुहोस् |  |  | दोभाषे (यदि प्रयोग गरिएमा) | मिति |